※書面交付　記載例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○○○保育室利用に当たって  　　　○年○月○日  （契約者名）○○○○　様  　　　　　 　　　　　　　○○○○株式会社  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役社長　○○○○  **当保育施設は、以下の内容で保育サービスを提供いたします。**  　◇　保育内容・料金   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 利用児童 | ○○○○（○年○月○日生　○歳○ヶ月） | | | 利用形態 | 月極保育 | | | 利用期間 | ○年○月○日～○年○月○日 | | | 利用時間 | 月曜日～金曜日　午前８時～午後５時 | | | 料　　金 | 入会金 | ×××円（初回のみ） | | 利用料 | ひと月×××円 | | その他 | 食事代、おむつ代等は別に定める料金表により、利用に応じて徴収致します。 |   　　　※詳しい保育内容については、別添の「○○○保育室利用のしおり」のとおりです。  ◇　利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額  　　　当施設では、以下のとおり保険に加入しています。   |  |  | | --- | --- | | 保険の種類 |  | | 保険事故（内　容） |  | | 保険金額 | ＊＊＊＊円 |   　　※詳しくは、別添の「○○○保険のしおり」をご覧ください。  ◇　提携する医療機関・所在地・提携内容  　　　当施設は、△△△病院と提携しており、お子さまが急に発病した場合や、けがを負った場合にお連れすることとしています。  　　　また、月極保育のお子さまに対しては、△△△病院の医師による年○回の定期健康診断を実施します。  【医療機関】　△△△病院  【所在地】　〒○○○―○○○○　山口県○○市○○2-3-4  ◇　その他条件等  　　　・利用に当たっては、別添の「○○○保育室利用規約」記載事項を遵守してください。  　　※当保育施設の保育内容等に関する問い合わせ、苦情等の受付先は下記のとおりです。  （担当者氏名）　○○○○（職名：主任保育士）  （担当者連絡先）　TEL　012-345-6789  （受付時間）　午前８時～午後５時  施設の概要  ○施設の名称・所在地　○○○保育室  山口県○○市○○1-2-3  ○設置者・住所　　　　○○○○  　　　　　　　　　　　○○県○○市○○4-5-6  ○施設長・住所　　　　○○○○  　　　　　　　　　　　○○県○○市○○7-8-9  ※当施設は児童福祉法第３５条の認可を受けていない保育施設（認可外保育施設）として、同法第５９条の２に基づき都道府県への設置届出を義務付けられた施設です。  【設置届出先：山口県（健康福祉部こども・子育て応援局こども政策課）　℡083-933-2747】 |